UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952 - 1953 -- N° 215

MALADIE DE DUPUYTREN & PNEUMOPATHIES

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1953

PAR

Pierre-Louis PINEAU

Né à Saint-Savinien (Charente-Maritime) le 16 Mai 1926

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE & DES COLONIES
DIPLOMÉ DE MÉDECINE TROPICALE
CERTIFICAT D'ÉTUDES SPÉCIALES DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE
DIPLOME DE MÉDECINE APPLIQUÉE A L'ÉDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, professeur ..... *Président*

AUBERTIN, professeur .....
PIÉCHAUD, professeur ..... *Juges*
SARIC, professeur .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. LAVIELLE
183, Rue Malbec, 183

1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952 - 1953 -- N° 215

MALADIE DE DUPUYTREN

&

PNEUMOPATHIES

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1953

PAR

Pierre-Louis PINEAU

Né à Saint-Savinien (Charente-Maritime) le 16 Mai 1926

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE & DES COLONIES
DIPLOMÉ DE MÉDECINE TROPICALE
CERTIFICAT D'ÉTUDES SPÉCIALES DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE
DIPLOME DE MÉDECINE APPLIQUÉE A L'ÉDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, professeur ..... *Président*

AUBERTIN, professeur .....
PIÉCHAUD, professeur ..... *Juges*
SARIC, professeur .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. LAVIELLE
183, Rue Malbec, 183

1953

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyens Honoraires : M. DUPERIE, M. CHELLE.
Doyen : M. PORTMANN. — Assesseur : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX.	Path. médic. et expérimentale	SARIC.
id.	BROUSTET.	*Clinique ophtalmologique*	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	*Clinique chirurg. inf. et orthop...*	POUYANNE.
id.	MASSE.	*Clinique des maladies infectieuses.*	AUBERTIN.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	*Chimie biologique et médicale*	TAYEAU.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	*Physique méd. et pharmaceutique.*	PIFFAULT.
Anatomie pathol. et micros. clin...	DE GRAILLY.	*Méd. col. et clin. mal. exotiques.*	BONNIN.
Anatomie	DUFOUR	*Clin. malad. cutanées et syphilit.*	JOULIA.
Anatomie générale et histologie	MAYER.	*Clin. des mal. des voies urinaires.*	DARGET.
Hygiène et clin. de la tuberculose.	PIECHAUD.	*Clin. mal. nerveuses et mentales.*	DELMAS-MARSALET.
Médecine légale et méd. du travail.	DERVILLEE.	*Clin. d'oto-rhino-laryngologie*	PORTMANN.
Electroradiol. et clin. d'élec. médic.	REBOUL.	*Toxicologie et hygiène appliquée*	CASTAGNOU.
Chimie	MESNARD.	*Clinique odonto-stomatologique*	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	*Botanique et cryptogamie*	GIRARD.
Pharmacie	VITTE.	*Thérapeutique*	N...
Physiologie	FABRE.		
Clin. méd. des malad. des enfants.	FONTAN.		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales), M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	*Pharmacie* (1re Section)	R. GOLSE.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	*Pharmacie* (2e Section)	MASQUELIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.	*Pharmacie* (3e Section)	QUILICHINI.
Anatomie Pathologique	LEGER.	*id.*	CAZAUX.
Anatomie	RIGAUD.	*Biochimie médicale*	NEUZIL.
		Pathologie expérimentale	FAURE.

AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Médecine générale	DUBARRY.	*Obstétrique*	CHASTRUSSE.
id.	F.-J. TRAISSAC.	*id*	FAUGÈRE.
id.	BERGOUIGNAN.	*Ophtalmologie*	BESSIERE.
id.	LENG-LEVY.	*Oto-rhino-laryngologie*	DESPONS.
id.	LAVIGNOLLE.	*Dermatologie et syphiligraphie*	LE COULANT.
id.	MORETTI.	*Pédiatrie et puériculture*	VERGER.
Chirurgie générale	LAUMONIER.	*Médecine légale et méd. du travail.*	L'EPEE.
id.	CHAVANNAZ.	*Electro-radiologie*	LACHAPELE
id.	VILLAR.	*Odonto-stomatologie*	BENOIT.
id	TINGAUD.	*Urologie*	LANGE.
id	DEPAULIS.		

AGRÉGÉ LIBRE :

M. MAHON (Obstétrique).

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.	*Cryptogamie*	LAUBIE.
Accouchements	CHASTRUSSE.	*Obstétricie sociale*	MAHON.
Puériculture	VERGER	*Organographie et physiol. végétale.*	TEMPERE.
id.	PÉRY.	*Chimie biologique analytique*	MARQUEVIELLE.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	*Chimie analytique*	BABIN.
id.	COUSTOU.	*Pathologie chirurgicale*	LAUMONNIER.
Anatomie	CABANIÉ.	*id.*	VILLAR.
		Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.

Le secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA GRAND-MERE

A MA MERE, A MON PERE

Qu'ils reçoivent ici le témoignage de toute ma reconnaissance et de mon affection

---

A MON FRERE, A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Medecin-General GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Médaille de la Résistance,
Officier d'Académie.

A Monsieur le Médecin en Chef de 1re Classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales.
Médecin des Hôpitaux de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,
Médaille d'argent de l'Education physique

A TOUS NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOTRE JURY DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. AUBERTIN

Professeur de Clinique des maladies infectieuses,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1914-1918,
Officier de l'Instruction publique,
Chevalier de l'Ordre de la Santé publique.
Médecin des Hôpitaux,

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PIECHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Ordre de la Santé,
Croix de guerre,
Médaille des épidémies,
Officier de l'Instruction publique,
Fellow in the American College of Chest Physicians.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SARIC

Professeur de Pathologie générale et expérimentale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre profond respect.

MALADIE DE DUPUYTREN & PNEUMOPATHIES

CHAPITRE I

INTRODUCTION

La rétraction de l'aponévrose palmaire est encore dénommée maladie de Dupuytren (M. de D.), depuis que Dupuytren, le premier, a donné une exacte description des symptômes de cette affection et en a publié scrupuleusement plusieurs observations.

Cette rétraction aboutit à la flexion irréductible des doigts et elle avait été signalée par Plater en 1614 sous le nom de « digiti astricti ». Cooper en avait décrit les principaux signes cliniques.

De très nombreux travaux ont été consacrés depuis à la M. de D., essayant en particulier de préciser sa pathogénie et sa thérapeutique. L'importante bibliographie recueillie par Skoog montre l'intérêt qu'a suscité et que suscite encore cette maladie.

La grande fréquence de M. de D. que R. Tessier avait remarquée chez ses malades du sanatorium de Xavier-Arnozan lui fit penser qu'il existait peut-être un rapport entre ces rétractions et les affections pulmonaires.

Cette étude qu'il a bien voulu nous confier va être exposée dans cette thèse. Nous ferons rapidement un rappel clinique de cette maladie, puis nous envisagerons toutes les observations que nous avons pu recueillir durant ces trois dernières années, et nous essaierons en nous appuyant sur ces observations de voir si des pneumopathies peuvent avoir un rôle déterminant dans la M. de D.

Nous tenons à remercier tous les Professeurs et Docteurs qui ont bien voulu nous faire part de leurs observations personnelles.

ETUDE CLINIQUE

I. — Anatomie de l'aponévrose palmaire.

Contrairement à l'aponévrose dorsale superficielle, l'aponévrose palmaire superficielle est beaucoup plus complexe. Elle se divise en trois parties distinctes. La première, qui est médiane et très résistante, forme le creux de la main et les deux autres parties, plus minces, recouvrent les éminences thénar et hypothénar. Dans l'aponévrose palmaire superficielle, on peut facilement trouver deux plans de clivage :

— l'aponévrose palmaire immédiatement sous-jacente aux tissus cellulaires sous-cutanés;

— l'aponévrose palmaire profonde.

L'aponévrose palmaire moyenne dessine une lame triangulaire à sommet supérieur. Elle est formée de fibres longitudinales qui sont, soit des prolongements du tendon du petit palmaire, soit des fibres semblant venir du bord inférieur du ligament annulaire. Ces fibres forment au départ un plan continu, mais elles se divisent en languettes qui vont cheminer sur les tendons des muscles fléchisseurs. Ces quatre languettes se terminent toutes à la face profonde de la peau (Legueu et Juwara). Dans les espaces intertendineux, ces fibres sont moins nombreuses et plus fines, elles peuvent même manquer. Il existe aussi, dans la texture de l'aponévrose moyenne, des fibres transversales, elles sont plus abondantes à la partie terminale des languettes intertendineuses, et on peut les individualiser en leur donnant le nom de ligament transverse superficiel. Un second groupe de fibres transversales forme devant la base des premières phalanges le ligament palmant interdigital. Il existe, d'autre part, des tractus fibreux unissant par endroit l'aponévrose palmaire avec les tissus cutanés superficiels. De même, dans la partie profonde de l'aponévrose se détachent des fibres

perforantes qui gagnent la face dorsale de la main. Ces fibres entourent les tendons et forment de véritables logettes distinctes pour chacun d'eux.

Les aponévroses recouvrant les régions hypothénar et thénar servent surtout à fournir des cloisons pour les différents muscles de ces éminences; ces trois segments d'aponévrose délimitent trois loges différentes, l'une forme la loge hypothénar, l'autre la loge des muscles de l'éminence thénar avec le tendon du long fléchisseur propre du pouce, et la troisième, qui nous intéresse particulièrement, contient les tendons des fléchisseurs avec leurs gaines et les différents vaisseaux et nerfs palmaires.

L'aponévrose palmaire profonde recouvre les espaces interosseux et s'insère sur le bord antérieur des métacarpiens, sauf toutefois sur le troisième, d'où partent les fibres musculaires formant l'adducteur du pouce. Elle tapisse donc les muscles interosseux et les articulations métacarpo-phalangiennes.

Nous voyons que la loge moyenne est riche en fibres longitudinales et transversales, c'est particulièrement cette région qui nous retiendra dans la suite de cet exposé.

II. — **Histo-pathologie de l'aponévrose palmaire.**

A ses premiers stades, l'image histologique de l'aponévrose est par quelques aspects celle d'un fibrome actif bénin (James et Tubiana). On note un épaississement formé par des fibres scléreuses de collagène. Les cellules sont rares et revêtent le type adulte fibroblastique. Cependant, dans cette masse, on retrouve des îlots de tissu fibroblastique formés de cellules plus jeunes et plus nombreuses renfermant un gros noyau globuleux. Près de ce tissu, on trouve des îlots lymphoïdes sous forme de manchons périvasculaires.

Le mécanisme de condensation collagène aboutissant à la lésion typique est expliqué de façon différente suivant les auteurs.

L'infiltration lymphocytaire précéderait la fibrose pour Meyerding. Le degré de maturation cellulaire de l'aponévrose donnerait le degré de maturation du tissu conjonctif et, d'après lui, il n'y a pas de rapport entre l'âge du malade et le degré de maturité. Le degré de contracture dépendrait plus de la durée du processus que du degré de maturité cellulaire, et les récidives seraient plus fréquentes lorsque les cellules jeunes sont abondantes.

D'après Ferrarini, c'est la partie proximale de l'aponévrose qui serait la première atteinte et par des phénomènes de stase vasculaire et lymphatique entraînerait des phénomènes de condensation collagène dans le territoire aponévrotique sous-jacent (Regnault).

Skoog a mis en évidence au niveau des nodules des zones hypercellulaires qui contiennent des pigments ferriques. Les pigments seraient sans doute dus à des petites hémorragies capillaires qui ont été si souvent invoquées dans la genèse de la rétraction. Il a étudié la composition des cordes fibreuses « pseudo-tendineuses » et il a montré qu'elles comprenaient beaucoup de fibres collagènes pour de rares fibres élastiques. Le microscope électronique a pu récemment montrer que la largeur de ces fibrilles était supérieure à celle d'une aponévrose normale.

La peau subit elle aussi des transformations. Macroscopiquement, elle peut rester normale, mais l'examen microscopique montre la disparition des aréoles graisseuses de la face profonde du derme. D'autres fois, au contraire, les lésions cutanées en regard des lésions aponévrotiques peuvent être considérables. L'épiderme s'épaissit aux dépens des couches profondes, et les papilles du chorion disparaissent peu à peu, tandis que les vaisseaux sont notablement diminués.

Cependant, les pédicules vasculaires et nerveux de la paume de la main et des doigts restent inaltérés. Lorsque le chirurgien les a libérés de l'aponévrose qui les entoure, ils reprennent entièrement leur longueur.

Les gaines fibreuses des tendons restent distinctes de l'aponévrose malade, sauf, peut-être, au niveau des bandelettes digitales de l'extrémité distale de la phalange proximale. La gaine, très mince, peut être lésée au moment de l'ablation chirurgicale de l'aponévrose et entraîner des rétractions secondaires. Cependant, il n'y a jamais de rétraction des tendons proprement dits.

En résumé, l'examen histologique montre une simple sclérose extensive hypertrophique, qui ne peut guère nous aiguiller vers une pathogénie particulière.

III. — **Etio-pathogénie.**

La date d'apparition d'une rétraction de l'aponévrose palmaire est difficile à préciser. Ce n'est que fortuitement que le malade s'aperçoit d'un nodule qu'il considère comme quelque chose de banal. Voyons rapidement comment se présente cette maladie.

Début. — Ce sont rarement des phénomènes douloureux qui attirent l'attention sur le début de cette maladie. La plupart du temps, le début est insidieux, et ce n'est que l'examen systématique qui permet de déceler chez ces malades une M. de D. Souvent, le malade s'est aperçu de la présence de callosités, de nodules au niveau de la paume de la main, mais il n'y fait guère attention et range cette induration dans la catégorie des hyperkératoses qui apparaissent à la suite d'un long travail manuel, comme par exemple le maniement prolongé d'une pelle ou d'une pioche. Ces nodules sont uniques en général et siègent au niveau de la partie moyenne de la paume, en regard de l'annulaire, le plus souvent. Mais ces nodules sont parfois plus nombreux et on a vu siégeant de préférence aux plis de flexion des trois derniers doigts. Ces nodules n'adhèrent que secondairement aux tissus profonds (Fredet). Ils commencent à réaliser un début de rétraction et souvent même créent une dépression ombiliquée dont la convexité est tournée vers la partie distale des doigts.

La rétraction s'accentue et forme alors une véritable corde fibreuse qui est recouverte par une peau épaissie et froncée. C'est en somme ce qui caractérise la période d'**état.** Une rétraction irréductible qui entraîne une gêne fonctionnelle assez importante. C'est à cette période que les malades viennent faire examiner leurs mains. Durant cette période, les douleurs sont encore très rares, mais elles peuvent être mises en évidence par la mobilisation active des doigts. On remarque alors que l'abduction est aussi limitée et que la paume s'excave. La flexion des doigts a une topographie particulière. La première phalange est fléchie sur le métacarpien, la deuxième se plie sur la première de la même façon, quant à la troisième, elle reste généralement en extension, car les expansions aponévrotiques s'arrêtent la plupart du temps au niveau de la deuxième phalange.

L'évolution de cette affection est des plus variables. Elle peut être lente ou rapide, demeurer stationnaire ou au contraire envahir progressivement les doigts de la main. On a rarement signalé des régressions spontanées, le processus évolue plutôt en profondeur et vers le doigt qu'en largeur. Cette évolution peut se faire par intermittence et il est parfois difficile d'établir ce qui peut provoquer des poussées.

Les M. de D. observées chez nos malades ont dans l'ensemble une évolution identique à celle décrite par tous les auteurs. On pourrait cependant signaler les cas de rétraction d'évolution très rapide qui sont apparus très rapidement après intervention pour collapsothérapie.

Localisation. — L'étude importante faite par Skoog montre que les lésions sont le plus souvent bilatérales, mais à prédcession unilatérale. Sur 2.278 observations qu'il a recueillies dans la littérature, il trouve : 1.251 formes bilatérales, soit 55 %; 663 cas intéressant la main droite, soit 29 %; 364 cas intéressant la main gauche, soit 16 %.

Les doigts le plus fréquemment intéressés sont, par ordre décroissant : le cinquième doigt, le quatrième, le troisième et

le second. Le pouce n'est que rarement atteint et, lorsqu'il est rétracté, c'est toujours après une atteinte extensive des autres doigts. En définitive, les rétractions s'observent surtout aux deux derniers doigts.

Classification. — La localisation et le degré de flexion et d'envahissement de l'aponévrose palmaire ont permis à Iselin et Dieckmann (1) de classer cette maladie en différents degrés. C'est cette classification que nous adopterons.

Dans le premier degré, il fait entrer les nodules palmaires sous-jacents à l'aponévrose. Mais, dans cette catégorie, il n'existe pas de rétraction des doigts.

Le deuxième degré est la flexion d'un ou de plusieurs doigts, cette flexion irréductible peut aller jusqu'à 90°.

Le troisième degré est seulement un stade identique au deuxième degré, mais la flexion des phalanges est beaucoup plus accentuée et dépasse alors 90°.

Dans le quatrième degré, il existe une hyperextension de la troisième phalange sur la deuxième.

Dans toutes nos observations, nous n'avons vu que des M. de D. des trois premiers degrés.

Maladie de Dupuytren et hérédité. — Cette notion est ancienne et avait déjà été remarquée par Goyrand. Des M. de D. ont été signalées dans plusieurs générations et Debrunner l'a mise en évidence dans cinq générations successives. Skoog a trouvé des antécédents héréditaires chez 22 sur 50 de ses malades. Mais les enquêtes génétiques sont très difficiles à faire, d'autant plus que cette maladie, la plupart du temps non douloureuse, n'est connue que du seul intéressé. De 1881 à 1952, une vingtaine d'auteurs ont donné un certain nombre de cas à antécédents familiaux parmi leurs malades atteints de M. de D. Si nous prenons la somme des chiffres que cite Skoog, nous trouvons 186 cas familiaux pour 1378 malades, ce qui fait environ 7,4 %.

Donc l'hérédité ne peut être mise en doute. Dans l'interrogatoire de tous nos malades, nous n'avons pu la mettre que cinq fois. Dans un cas, deux frères étaient atteints d'une lésion à peu près identique.

Rôle de l'âge. — Davis trouve que la M. de D. est exceptionnelle avant 20 ans. Les pourcentages qu'il donne :

14 % avant 20 ans,
15 % de 20 à 30 ans,
15 % de 30 à 40 ans,
20 % de 40 à 50,
21 % de 50 à 60,
15 % de 60 à 70.

se rapprochent des statistiques faites en 1952 par James et Tubiana et qui portent sur 1515 cas. Il faut remarquer que la maladie n'étant pas mortelle, plus on examine de sujets âgés, plus sa fréquence est grande.

Rôle du sexe. — Certains auteurs au XIX^{e} siècle pensaient que la M. de D. n'atteignait pas les femmes (Adams, Myrtle).

Il existe, en effet, une nette prédominance de cas masculins sur les cas féminins. Ces derniers seraient d'environ 14 % sur 1402 observations recueillies par Ferrarini, de 15 % sur 2278 observations recueillies par Skoog. D'après lui, ce pourcentage se trouverait plus élevé de nos jours qu'autrefois. Nous n'avons pas pu mettre en évidence cette augmentation car notre étude a été faite sur un trop petit nombre d'observations.

Rôle de la race. — Selon Anderson, la maladie de Dupuytren est très rare dans les races jaunes et noires. La rétraction serait surtout l'apanage des races blanches. Nous avons pu vérifier en partie cette opinion car nous avons examiné plus de 500 indigènes d'A.O.F. à l'Hôpital Central Africain de Dakar, et dans les visites systématiques d'incorporation à l'arsenal de la même ville, nous n'avons pas pu trouver un seul nodule palmaire dans toutes nos recherches.

Pathogénie. — Les théories qui essayent de donner à la M. de D. une explication quelconque sont nombreuses, depuis que Dupuytren, en 1831, la considérait comme secondaire à un traumatisme. Nous allons voir successivement ces différentes théories.

1° Théorie congénitale.

Certains sujets posséderaient au niveau de l'aponévrose palmaire un tissu embryonnaire qui représenterait le reliquat ontogénique de muscles courts fléchisseurs superficiels de la main. Cette théorie serait confirmée par les études d'anatomie comparée faite par Kajava en 1917 (cité par James et Tubiana). Krogius aurait retrouvé dans les aponévroses d'enfants mort-nés des restes de muscles striés, ce qui viendrait à l'appui de cette thèse, mais les études ultérieures faites par Skoog n'ont pu confirmer cette théorie.

2° Théorie traumatique.

La première en date semble satisfaisante pour l'esprit. Les traumatismes agiraient par irritation réflexe à partir des plaques sensitives. Les pigments ferriques trouvés par Skoog orientent les recherches vers l'hypothèse d'une inflammation chronique. Les hémorragies interstitielles d'origine traumatique favoriseraient la sclérose.

Cette notion de traumatisme initial est très importante de nos jours, car elle pose des problèmes très embarrassants sur le plan médico-légal, dans le cas de M. de D. apparues postérieurement à une pneumopathie. Nous pensons que les relations de cause à effet entre le traumatisme et la rétraction seraient à discuter (Macagni).

3° Théorie nerveuse.

Cette théorie semble en effet très satisfaisante, elle expliquerait la multitude des facteurs déclenchants de la maladie de Dupuytren qui ont été invoqués par tous les auteurs (Flament, Lièvre).

On établit difficilement un rapport entre épilepsie, périarthrite scapulo-humérale, angine de poitrine et sclérodermie. La M. de D. pourrait être liée à une lésion médullaire de la partie supérieure de la colonne sympathique de Clarke. La lésion porterait sur la zone comprise entre C7 et D1.

La grande fréquence des atteintes de la colonne cervicale que nous avons eu l'occasion de constater chez nos malades viendrait confirmer cette théorie. Mais ces lésions d'arthrose très fréquentes chez les hommes ayant dépassé la cinquantaine n'ont pu être décelées chez nos malades plus jeunes.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord pour dire comment le sympathique joue un rôle dans la M. de D. Les uns disent que l'élément sympathique agit sur la trophicité même de l'aponévrose palmaire en diminuant la résistance fibrillaire, les autres pensent au contraire que le sympathique réaliserait des perturbations vaso-motrices qui amèneraient des hémorragies interstitielles.

4° Théorie endocrinienne et diathésique.

Ce sont elles qui pourraient expliquer la prédominance masculine, le rôle de l'âge, de l'hérédité et de certaines associations pathologiques de la maladie.

On note en effet des associations fréquentes avec des scléroses viscérales diverses. Touraine et Ruel ont donné le terme de polyfibromatose héréditaire.

Weyer a trouvé une modification colloïdale du sérum qui augmenterait les tendances hyperplastiques du tissu conjonctif. Ces constatations n'ont pas pu être vérifiées par Lassner, chef de laboratoire à la clinique de chirurgie orthopédique de l'hôpital Cochin (James et Tubiana).

Cette diathèse fibreuse existe évidemment puisque de fréquentes associations fibreuses ont été décrites. Nous ne ferons que rappeler parmi ces associations : la sclérodermie, la rétraction de l'aponévrose plantaire, l'induration plastique des corps caverneux. Nous ajouterons à ces localisations fibreuses les

scléroses pulmonaires importantes qu'il nous a été permis d'observer chez de nombreux malades bacillaires porteurs de M. de D.

Steinberg vient appuyer cette théorie par ses expériences de surcharge en vitamine E où il montre le rôle pharmacodynamique de cette vitamine sur le phénomène de gonflement des fibres collagènes. Nous y reviendrons dans le traitement médical de la maladie par la vitamine.

On sait peu de choses des facteurs hormonaux. Leriche et Jung ont rapporté deux observations de M. de D. avec hypocalcémie d'origine parathyroïdienne. Les facteurs endocriniens doivent intervenir car on sait leur influence sur la physiologie interne des mésenchymes en général et de la trame collagène en particulier. Il est possible que, d'une part la constitution endocrinienne et d'autre part la réceptivité tissulaire, congénitale ou acquise de certains individus, les placent dans des conditions favorables au développement d'une M. de D.

IV. — Formes cliniques.

Association de la maladie de Dupuytren à d'autres lésions du tissu fibreux.

1° Rétraction de l'aponévrose plantaire.

Celle-ci avait déjà été signalée par Dupuytren. Mais le premier cas d'association fut étudié par Madelung. La fréquence de cette association est difficile à établir. Skoog la trouve huit fois sur quarante-huit cas chez ses malades.

La rétraction est toujours localisée à la partie interne de la voûte plantaire et l'aspect microscopique est identique à celui de la rétraction de l'aponévrose palmaire (Kanavel, Meyerding). Sur tous les malades que nous avons examinés, nous n'avons trouvé qu'une fois cette association. Il y avait deux cordes fibreuses internes joignant la face interne du talon et le pouce. Beaucoup de nos malades présentaient une certaine indu-

ration de la voûte plantaire sans que nous puissions parler vraiment de rétraction.

2° Induration plastique des corps caverneux. (Maladie de La Peyronie.)

L'association de cette affection avec la M. de D. a souvent été signalée (James et Tubiana). Bien que ces derniers donnent un pourcentage assez important, puisqu'il oscille entre 8 et 12 %, nous n'avons pas pu trouver d'induration du pénis parmi tous nos malades. La seule observation d'induration plastique des corps caverneux qui nous a été signalée par Darget ne possédait pas de M. de D.

3° Péri-arthrite scapulo-humérale.

Ces deux associations ont souvent été constatées par des rhumatologues. Nous avons pu la trouver chez deux de nos malades.

4° D'autres localisations fibreuses ont été trouvées.

Des bourses anormales désignées sous le nom de « Knuckle pads » ou encore « coussinets des phalanges » ont été décrits depuis longtemps (Krogius). Le même auteur estime que le torticolis musculaire est dû à un processus pathologique analogue à celui de la M. de D.

Martenstein a essayé de montrer un rapport entre la M. de D. et les chéloïdes auxquelles il prête une origine héréditaire.

Troubles nerveux accompagnant la maladie de Dupuytren.

Ces troubles sont peu fréquents. Ils sont souvent unilatéraux alors que la M. de D. est unilatérale (James et Tubiana). On a parfois des formes douloureuses hyperalgiques avec douleurs intenses nocturnes qui donnent des sensations de cuisson et des insomnies. Ces douleurs peuvent être localisées ou irradiées au membre supérieur. Les infiltrations stellaires dans ce cas ont donné de bons résultats.

A la palpation et à l'extension des doigts on réveille parfois une douleur. Celle-ci peut apparaître au début de la rétraction et s'effacer progressivement ou, au contraire, apparaître au cours de l'évolution. Elles peuvent entraîner une gêne importante chez les travailleurs manuels.

Les troubles de la sensibilité subjective, tels qu'engourdissement, sensation de froid ou de chaud, sont fréquents et peuvent même parfois revêtir le type syringomyélique.

On a remarqué de même que les formes douloureuses sont plus fréquentes chez les malades atteints de péri-arthrite scapulo-humérale.

Troubles vaso-moteurs accompagnant la maladie de Dupuytren.

Ces troubles sont très fréquents (Gosset-Padovani) et nous avons remarqué chez nos malades des mains plus chaudes ou plus froides que des mains indemnes. La sudation était très fréquente. Parfois, il y avait de l'œdème avec un certain degré d'acrocyanose. L'indice oscillométrique variait et on pouvait voir un véritable syndrome de Raynaud ainsi que des rougeurs paroxistiques.

La déformation des doigts et des ongles est presque toujours constante et l'hyppocratisme digital est assez fréquent. Il est à remarquer avec Desplas, que ces troubles vaso-moteurs sont parfois de mauvais pronostic.

Maladie de Dupuytren et lésions nerveuses.

Ces associations sont extrêmement fréquentes et ont été décrites à tous les niveaux de l'axe nerveux.

1° Lésions de l'encéphale.

La M. de D. est fréquente chez les aliénés, les épileptiques et les paralytiques généraux. Féré et Francillon ont trouvé que 6 % des aliénés possédaient cette affection. Skoog, qui a repris cette étude, a trouvé que le pourcentage avait encore augmenté

dans ces dernières années. L'administration de l'acide phényléthyl barbiturique, donné sous la forme de Luminal, favoriserait les rétractions.

2° Lésions médullaires.

Dès 1905, Testi avait cité le cas de quatre frères porteurs de M. de D. et trois d'entre eux présentèrent des cavités syringomyéliques à l'autopsie. Depuis, Urechia et de nombreux auteurs ont montré l'association fréquente de ces deux affections. Alajouanine et Maire montrèrent qu'elles existaient après une hématomyélie et certaines poliomyélites.

3° Lésions nerveuses périphériques.

Les M. de D., après lésion du nerf cubital sont très rares. Elles ont cependant été signalées, mais les dernières recherches faites par James et Tubiana à la clinique de chirurgie réparatrice de la Faculté de Paris et au Royal National Orthopaedic Hospital de Londres, montrèrent que sur des centaines de lésions nerveuses, on ne trouva aucune rétraction aponévrotique.

4° Troubles du système sympathique.

Wolf interprète la rétraction de l'aponévrose palmaire comme un symptôme général d'atteinte centrale ou périphérique du système nerveux végétatif. L'association avec la sclérodermie est fréquente; nous l'avons trouvée chez certains de nos malades, mais nous n'avons jamais vu de syndrome de Raynaud typique. Les fibres sympathiques ont certainement un rôle dans la rétraction; les réactions trophiques et vasomotrices, la rareté des douleurs causalgiques et l'action favorable des infiltrations du ganglion stellaire le prouvent suffisamment.

De Sèze rapporte une observation de M. de D. quatre mois après un zona thoraco-brachial et ayant régressé à la suite d'infiltrations stellaires. Flament montre la fréquence des M. de D. après un syndrome angineux. Ces observations ne vien-

nent que confirmer l'action du sympathique dans l'apparition d'une M. de D.

Maladie de Dupuytren et arthroses cervicales.

C'est surtout Padovani et Lord qui se sont occupés de cette question. Dès 1843, Guérin avait signalé un cas de M. de D. consécutif à un mal de Pott cervico-dorsal et de nombreux auteurs avaient signalé la proportion importante d'arthroses cervicales chez des malades atteints de rétraction de l'aponévrose palmaire. Il paraissait donc logique de rechercher la cause de la M. de D. dans la région cervico-dorsale. Il est certain que les fibres sympathiques ont un certain rôle dans la genèse de cette maladie. Agissent-elles directement sur la rétraction, c'est une question qu'il reste à démontrer.

Il n'en est pas moins vrai que les arthroses cervicales sont fréquentes chez de tels malades. Nous avons recherché d'une façon systématique les arthroses cervicales chez nos malades et nous en avons trouvé un certain pourcentage qui se rapproche de celui de Padovani. Il faut remarquer le caractère banal des arthroses cervicales à partir d'un certain âge et le pourcentage des arthroses est à peu près identique chez les malades atteints de M. de D. et chez ceux qui en sont indemnes. On ne peut guère tirer de renseignements de cet état de chose car de nombreux malades atteints d'arthroses cervicales n'ont jamais eu de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Maladie de Dupuytren et traumatismes.

Les malades ont presque toujours invoqué des traumatismes à l'origine de leur rétraction d'aponévrose palmaire. Ils existent évidemment et les exemples sont nombreux. Chez nos malades, nous en avons aussi trouvé, en particulier chez l'un d'eux où la rétraction est apparue dans son lit après une plaie de la main, occasionnée par un tournevis qu'il avait utilisé plusieurs jours.

Des enquêtes systématiques professionnelles ont été faites, en particulier par Desplas et elles ont permis d'établir certains points.

1° Le pourcentage de M. de D. est à peu près identique chez les travailleurs manuels que chez les non-manuels.

2° L'influence de l'âge apparaît plus importante que celle du métier.

La M. de D. a été signalée dans de nombreuses affections et nous ne ferons que signaler : **les rhumatismes, la goutte, les troubles endocriniens,** tels que le diabète (Skoog). Une insuffisance thyroïdienne (Lévi), **des intoxications chroniques :** plomb, opium, aniline, luminal, des infections locales ou générales, foyer dentaire à distance (Meyerding), syphilis, tuberculose (Poncet).

V. — Diagnostic différentiel.

Le signe nécessaire et caractéristique qui pose le diagnostic de M. de D. est l'épaississement de l'aponévrose palmaire superficielle. Ce signe est parfois moins évident que la rétraction des doigts, mais celle-ci peut être réalisée par de nombreuses affections.

Voyons donc d'abord ce qui peut prêter à confusion avec les épaississements de l'aponévrose. Les cicatrices rétractiles et adhérentes dues à des brûlures ou à des traumatismes de la paume de la main sont fréquentes et les malades trouvent très souvent à l'origine de leur rétraction un traumatisme de ce genre.

Certaines tumeurs du genre des fibro-sarcomes ont été décrites au niveau de la paume de la main (Meyerding). Seul, l'examen de l'anatomo-pathologiste peut affirmer le diagnostic. Ces tumeurs sont heureusement très rares et ont conduit parfois à de graves erreurs de diagnostic.

Les rétractions des doigts prêtent plus facilement à confusion. Celles-ci peuvent être dues à des rétractions cicatricielles mais l'interrogatoire confirme l'origine traumatique de ces rétractions. La rétraction congénitale des doigts existe assez fréquemment. Elle affecte habituellement le cinquième doigt et rétracte surtout l'articulation interphalangienne proximale. L'articulation métacarpo-phalangienne se place en hyperextension compensatrice. Cette maladie est familiale et commence la plupart du temps très tôt chez l'enfant. Le diagnostic différentiel est parfois difficile.

Les rétractions dans le syndrome ischémique de Wolkmann disparaissent dans la flexion forcée du poignet. La rétraction ischémique des petits muscles de la main peut prendre parfois l'allure de la M. de D., mais dans ce cas la peau et l'aponévrose sont toujours normales. Les cicatrices des plaies des tendons fléchisseurs des doigts peuvent faire penser aussi à une rétraction de l'aponévrose palmaire lorsqu'elles sont adhérentes et rétractées mais là encore il n'y a aucun épaississement aponévrotique. Certaines raideurs et ankyloses des articulations métacarpo-phalangiennes peuvent aiguiller vers une erreur de diagnostic. Un interrogatoire bien mené fait penser à une atteinte primitive de l'articulation.

En règle générale, le diagnostic est facile pour celui qui en a déjà vu plusieurs cas et nous n'avons jamais eu de difficulté même dans des cas pris tout au début.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous envisagerons dans ce chapitre les observations de sujets dont la maladie de Dupuytren est postérieure à leur atteinte pulmonaire.

Nous les classerons en deux parties :

— La première qui groupera les malades bacillaires.

— La deuxième qui groupera les affections pulmonaires variées telles que : tuberculose pulmonaire non confirmée, emphysème, bronchectasie, cancer pulmonaire, hémi-thorax sombre.

Observations de malades dont la maladie de Dupuytren est postérieure à leurs troubles pulmonaires.

1re Observation. *Cambo-les-Bains* (Bridoux).

A... P..., 50 ans, est atteint d'une tuberculose ulcéro-fibreuse bi-apicale bacillifère depuis 1950. En octobre 1951, pneumothorax extra pleural gauche avec plombage à la lucite (32 billes). Les suites opératoires simples nécessitent six ponctions abondantes de liquide séro-hématique.

Trois mois après cette intervention, apparition d'une nette maladie de Dupuytren avec nodosités et grosse gêne de l'extension allant jusqu'à l'impossibilité.

En février 1952, extra-périosté droit plus limité sans complication. Traitement à la vitamine E (Ephinal), qui a donné un bon assouplissement mais pas de restitution intégrale.

2e Observation. *Cambo-les-Bains* (Bridoux).

L... B..., 50 ans, en traitement pour tuberculose bi-apicale excavée, qui a été dépistée en mai 1950, a d'abord eu un traitement médical à base de streptomycine et de P.A.S. En novembre 1950, pneumothorax extra-pleural gauche assez limité (14 billes), suites douloureuses. Le 8 mars 1951, pneumothorax extrapleural droit avec douleurs identiques scapulo-thoraciques.

Quelques mois après ces interventions, début de rétraction palmaire droite. La rétraction ne porte que sur les tendons fléchisseurs du médius et de l'annulaire droit.

3e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

L... J.-B., 59 ans, menuisier jusqu'en 1945, puis employé des douanes, gazé en 1918 et réformé pour emphysème pulmonaire. Ethylisme. Ses deux frères sont décédés, l'un de tuberculose, l'autre de diabète grave.

En décembre 1951, on confirme radiologiquement et bactériologiquement une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse excavée bilatérale. En 1952, pneumothorax droit et gauche.

En 1944 s'est constitué dans l'espace de quelques jours une maladie de Dupuytren bilatérale très importante. Les quatre doigts de la main gauche sont fléchis. Seuls les trois derniers de la main droite sont rétractés. Le malade présente de plus une péri-arthrite scapulo-humérale, une légère induration de l'aponévrose plantaire, sans toutefois que l'on puisse parler de corde fibreuse.

Un traitement à base de vitamine E n'a pas donné de résultat et, malgré trois mois de traitement régulier, la maladie de Dupuytren continue à s'accentuer.

4e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

S... J..., 63 ans, distillateur puis horloger fit, en 1940, un point de pleurite à droite, puis une pneumonie en 1945 Une radiographie, en 1948, nous permet de constater une infiltration du sommet gauche avec une spélonque de la région sous-claviculaire. L'analyse de crachats est positive. Le malade est un emphysémateux notoire avec un thorax allongé et des épaules très étroites. Il a de plus des signes radiologiques de bronchectasie.

Depuis trois ans, c'est-à-dire un an après la découverte de sa bacillose, il a une maladie de Dupuytren bilatérale très accentuée, qui s'est constituée très rapidement. Grosse gêne fonctionnelle car les quatre derniers doigts de chaque main sont fléchis à 45°. Présence de gros nodules palmaires.

Un traitement à la vitamine E pendant trois mois a donné une amélioration considérable et un état presque ad integrum.

Examens pratiqués : T.A., 11-7; Urée, 0,47 pour mille le 10 mai 1950; Cholestérol, 1,70 pour mille; Prothrombine, 80 %. La vitesse de sédimentation s'est montrée toujours assez élevée.

5e Observation. *Sanatorium de Xavier-Arnozan.*

L... A..., 50 ans, scieur, fit en 1945 un adéno-phlegmon cervical. Pleurésie en 1949 qui laisse quelques séquelles de la base droite. En 1952, une radiographie nous permet de constater une infiltration sous-claviculaire. Les recherches de B.K. sont positives.

En février 1952, maladie de Dupuytren droite. Gros nodules adhérents en regard du 4e doigt.

Radiographie cervicale : Points osseux réunissant les faces antérieures des trois dernières vertèbres cervicales.

6e Observation. *Sanatorium de Xavier-Arnozan.*

Z... L..., 46 ans, directeur d'une maison de retraite, commença une tuberculose pulmonaire en 1948 par une hémoptysie. La radiographie montrait une dissémination micronodulaire et des images d'hyperclarté dans le sommet droit. La recherche de B.K. est positive. Un pneumothorax droit inefficace est abandonné. En 1950, réaction liquidienne importante. Le liquide devient rapidement purulent et, en 1952, lorsque les phénomènes aigus se sont tassés : thoracoplastie.

En même temps que sa tuberculose, en 1948, s'est constitué une maladie de Dupuytren bilatérale. Gros troubles vaso-moteurs au niveau des doigts. Les trois derniers doigts de chaque main se sont fléchis à plus de 45° très rapidement.

On note un traitement au Luminal pendant quatre mois en 1952. Mais ce traitement postérieur à la rétraction ne peut en être la cause. On pourrait cependant lui faire prendre une certaine part de l'échec du traitement à base de vitamine E que nous avons eu chez ce malade. Actuellement, sa tuberculose tend à se stabiliser, mais la maladie de Dupuytren tend à s'accentuer malgré plusieurs cures successives de vitamine E.

7e Observation. *Sanatorium Xatier-Arnozan.*

D... L..., 55 ans, chaudronnier, fit, en 1943, une pleurésie. En 1945, rechute et, en mars 1948, on découvre des signes de bacillose; en même temps apparurent chez lui des douleurs dans la région cervicale à type de torticolis. On trouve des antécédents bacillaires dans sa famille. Légère insuffisance hépatique. Traitement médical de sa tuberculose.

Depuis trois ans, maladie de Dupuytren à la main gauche intéressant les 4e et 5e doigts. Légère flexion permanente et irréductible. Un traitement à la vitamine E a donné une grande amélioration.

Examens pratiqués : Urée sanguine, 0,27 pour mille. Examen de crachats positif. Radiographie cervicale : légère ankylose de C4 à C6.

8e Observation. *Hôpital Saint-André* (Creyx).

A... R..., 61 ans, plâtrier, fit une pneumopathie aiguë en novembre 1950, puis une pleurésie séro-fibrineuse gauche. Antécédents personnels : éthylisme.

En 1951, maladie de Dupuytren du 2e degré de la main gauche. Rétraction irréductible à 160° des 4e et 5e doigts. L'évolution semble stationnaire depuis 1952.

Radiographie pulmonaire : Symphyse du cul de sac gauche, aspect réticulé du lobe supérieur gauche et pachipleurite.

Radiographie du cou : remaniement de la structure osseuse à type de condensation des plateaux vertébraux et d'irrégularité du bord antérieur de C5-C6. Du côté droit, arthrose de l'uncus au même niveau.

Examens pratiqués : Analyse de crachats positive; B.W. négatif; Bilirubine, 35 mm. pour mille; Protides totaux, 62 gr. pour mille: S.A., 30 gr.; S.G., 32 gr.; Rapport 0,13; Thymol, 6; Test de floculation et de Hamger négatif; Vitesse de sédimentation : 85 en 1950, 60 en 1951, 32 en 1952. Vernes à 30.

9e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

B..., 50 ans, pêcheur d'huitres, fit une congestion pulmonaire en 1936. Une fatigue croissante et un amaigrissement important l'obligent à se faire hospitaliser pour examens complémentaires. Nous sommes frappés à son entrée par l'existence d'un début de maladie de Dupuytren. Les examens ultérieurs confirmèrent l'existence d'une tuberculose pulmonaire unilatérale droite.

Il existe deux nodules sur la paume de la main droite depuis quelques mois.

Examens pratiqués : Urines, traces d'albumine. Vitesse de sédimentation, 40. Formule hémo-leucocytaire : G.R., 3.800.000; G.B., 6.800.

Radiographie pulmonaire : lésions fibro-caséeuses creusées de cavernules de petit diamètre. Lésions encore bien limitées.

10e Observation. *Rochefort* (Hôpital Militaire).

L... J..., 49 ans, agent technique. Diabétique depuis 1940, traité par 20 unités d'insuline par jour. Début d'une tuberculose en novembre 1949 confirmée radiologiquement. La radiographie met en évidence à droite une apexite lobaire excavée avec condensation floconneuse fraîche dans le lobe inférieur. A gauche : quelques images pleurales du dôme. La collapsothérapie amène un effacement remarquable des lésions. En avril 1950, ébauche de rétraction de l'aponévrose palmaire. Le chirurgien consulté déclare : « Ebauche de maladie de Dupuytren chez un droitier non travailleur manuel. Origine endotoxique probable (diabète, toxines bacillaires). Pas d'indication de traitement chirurgical. Séances d'ionisation iodo-ioduré. En mai 1950, la tuberculose blanchie est en voie de consolidation.

Examens pratiqués : T.A., 17-11. La glycémie avec l'insuline oscille entre 1 gr. 16 et 2 gr. Vitesse de sédimentation : oscille de 42 à 18.

11e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

P... P., 37 ans, second-maître timonier, fit une pleurite en 1936. Du 7 novembre 1949 au 1 février 1950, infiltration suspecte du sommet droit. Les examens de crachats sont négatifs. Une radiographie faite en avril 1950 permettait de constater une infiltration hétérogène à taches assez denses dans toute la région apico-sous-claviculaire. Infiltrations fibro-caséeuse du segment dorsal supérieur et du segment apical du côté droit, sans doute excavée.

Le 25 mai 1950, ébauche de rétraction de l'aponévrose palmaire de la main droite.

Traitement de la tuberculose par collapsothérapie et de la maladie de Dupuytren par ionisation iodo-iodurée.

Examens pratiqués : vitesse de sédimentation oscille entre 15 et 8; T.A., 12,5-5,5; Indice, 4.

12e Observation. *Rochefort.* (Hôpital Maritime).

O... E..., 36 ans, sans profession, fit une tuberculose bactériologiquement confirmée le 22 février 1950. La radiographie permettait de voir : à droite, une infiltration fibro-caséeuse du lobe supérieur; à gauche, infiltration bronchogène contro-latérale paracardiaque au début. Traitement collapsothérapique avec section de brides dans le poumon droit, le 26 avril 1950.

Trois mois après, douleurs rhumatoïdes dans l'épaule droite. L'abduction est limitée. En même temps apparaît une rétraction de l'aponévrose palmaire. Le 9 septembre 1950, l'algie rhumatismale a disparu, l'abduction est normale, mais il persiste une maladie de Dupuytren.

Pneumothorax gauche avec section de brides le 2 octobre 1950.

Examens pratiqués : Recherche de B.K., positive jusqu'au 8 septembre 1950. Vitesse de sédimentation élevée. T.A. : 14-9.

13e Observation. *Hôpital Saint-André* (Ereyx).

R..., en observation pour tuberculose pulmonaire, présente depuis peu une maladie de Dupuytren du 1er degré. Il existe une corde fibreuse au niveau des 4e et 5e doigts, sans rétraction importante.

14e Observation. *Pau* (Jullien).

C..., 35 ans, officier de marine, est en traitement pour tuberculose pulmonaire depuis plus de dix ans. Il présente depuis peu une maladi de Dupuytren unilatérale du 2e degré. Le malade a eu en 1941 une thoracoplastie du même côté. En 1949, pleurectomie suivie de pleurésie purulente très importante. Actuellement, paralysie des extenseurs de la main droite.

15e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

E... J..., 43 ans, comptable. Radiographie suspecte sous-claviculaire droite en 1949. L'image n'évolue pas et le malade continue son travail. En février 1953, la radiographie montre une évolution de l'image sous-claviculaire. Antécédents bacillaires familiaux.

Depuis deux ans, maladie de Dupuytren de la main droite. Pas de rétraction importante, nodule au niveau du 3e doigt; dépression ombiliquée dans le creux de la main. Un traitement à la vitamine E a amélioré considérablement cette rétraction. A noter que son père présente une maladie de Dupuytren bilatérale du 3e degré, avec flexion des 3 derniers doigts.

16e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

S... P..., 45 ans, manœuvre, a une tuberculose pulmonaire excavée de l'apex gauche depuis octobre 1949. Traitée par la streptomycine, P.A.S. rimifon. A la même époque, apparition d'une maladie de Dupuytren, bilatérale, intéressant les quatrième et cinquième doigts; flexion irréductible à 160°.

Examens complémentaires : Analyse des crachats, positive. Vitesse de sédimentation, 30. Urée, 0,28. Urine, normale. Radiographie pulmonaire : présence d'une spelonque dans l'apex gauche.

17e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

J... M..., 29 ans, forgeron, a une tuberculose pulmonaire depuis mars 1951, avec analyse de crachats positive et radiographie pulmonaire positive.

Depuis un an, apparition d'une maladie de Dupuytren, à droite du premier degré, nodule palmaire.

18e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

L... E... (Mlle), 17 ans, fit une infiltration du sommet droit en mars 1951; on lui fit un pneumothorax qui fut abandonné; P.A.S. plus streptomycine; en septembre 1951, apparition d'un nodule palmaire dans les paumes des mains droite et gauche. En août 1952, l'évolution de la tuberculose semble s'améliorer; la maladie de Dupuytren reste sans changement.

19e Observation. *Bugeat* (*Corrèze*) (Debord).

D... M..., 46 ans, réformé à 100 %, depuis 1924, pour tuberculose pulmonaire droite, bactériologiquement confirmée, hémi-thorax sombre; depuis peu, petite lésion au sommet gauche, actuellement en évolution. Ce malade présente depuis 20 ans une maladie de Dupuytren gauche avec nodule et rétraction légère qui n'a jamais évoluée.

20e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

M... A..., 31 ans, docker, fit une hémoptysie en novembre 1952; la radiographie pulmonaire nous permettait de constater une tuberculose ulcéro-casécuse de la base gauche; l'analyse de crachats est positive.

Depuis 1 an, apparition d'une maladie de Dupuytren, non douloureuse, avec un nodule en regard du troisième doigt de la main gauche; la rétraction s'accentue rapidement.

21e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

B... G..., 41 ans, chauffeur mécanicien, fit une pleurésie en juillet 1952; hyppocratisme digital bilatéral accentué, depuis un an maladie de Dupuytren bilatérale avec nodule, ombilication palmaire, mais pas de rétraction. B. K. positif.

22e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

M... R..., 53 ans, monteur de chauffage central, commença une tuberculose pulmonaire en 1943 qui fut traitée médicalement. En 1947, il fit une rechute.

Depuis un an, maladie de Dupuytren bilatérale du 1er degré sans corde mais avec nodule palmaire. Troubles trophiques des ongles (striation) depuis 2 ans. Névralgies dorsales. Péri-arthrite scapulo-humérale gauche. Troubles vasomoteurs des mains.

23e Observation. Tessier.

H... F..., 50 ans, contremaître. Fit une hémoptysie en 1947, à la suite de laquelle on l'hospitalisa pendant trois ans pour troubles pulmonaires suspects. En 1951, syndrome méningé traité par streptomycine intra-rachidienne. En 1953, une analyse de crachats se montre positive et la radiographie confirme une tuberculose fibreuse bilatérale. Atteinte bacillaire de l'appareil uro-génital.

Il présente une maladie de Dupuytren bilatérale du premier degré depuis peu de temps et qui est progressive.

24e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

A... P..., 60 ans, manutentionnaire, a une tuberculose fibreuse chronique depuis une vingtaine d'années. Nouvelle poussée en 1950.

Maladie de Dupuytren depuis une dizaine d'années. Elle est bilatérale et du 2e degré.

Analyse de crachats positive. Insuffisance respiratoire marquée.

25e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

E... P..., 62 ans, manœuvre, est atteint de tuberculose ulcéro-fibreuse droite depuis 1949. Depuis un an, il présente une maladie de Dupuytren droite du 3e degré qui s'est constitué très rapidement.

26e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

B... J..., 31 ans, charron, a une tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale traitée par bi-pneumothorax depuis 1951. Ethylisme.

Depuis six mois, maladie de Dupuytren bilatérale du 2e degré très progressvie. La recherche de B.K. est toujours positive. Il persiste une cavité résiduelle sous le pneumothorax gauche.

27e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

Mme L... M..., 68 ans, sans profession, a une tuberculose depuis 1950; de plus, elle est une diabétique depuis longtemps traitée par l'insuline. La radiographie pulmonaire confirme des lésions cavitaires volumineuses et multiples d'aspect polycyclique du lobe supérieur droit. Pas de traitement collapsothérapique.

Elle présente depuis un an une maladie de Dupuytren bilatérale du 1er degré gros nodules palmaires.

Examens pratiqués : analyse de crachats positive en mai 1952, négative depuis. T.A., en 1952, 17-9; en 1953, 25-10. Electrocardiogramme normal. Vitesse de sédimentation très élevée, 120.

28e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

Mlle P..., P..., 14 ans, fit une tuberculose en juin 1951 qui fut traitée par extrapleural droit en 1952. Dans ses antécédents personnels, on note un mal de Pott dorso-lombaire.

Depuis quelques mois, présente une maladie de Dupuytren du 1er degré, légers nodules palmaires à droite et à gauche.

29e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

J... J.., 51 ans, mécanicien, ne travaille pas depuis trois ans. Tuberculose ulcéro-caséeuse droite, nodulaire à gauche. Thoracoplastie droite en mars 1951.

Maladie de Dupuytren début 1953 du 2e degré, bilatérale, apparue rapidement. Cavité résiduelle sous thoracoplastie. B.K. toujours positifs.

30e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

A... E..., 49 ans, réformé pour bacillose chronique. Atteint de cirrhose alcoolique. Fit une rechute de sa tuberculose en 1951 qu'on traita par les antibiotiques.

Depuis un an, maladie de Dupuytren du 3e degré, bilatérale. Celle-ci évolue progressivement, tandis que les images pulmonaires évoluent vers la fibrose.

31e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

P... M..., 57 ans, réformé pour tuberculose pulmonaire, fit un séjour dans un sanatorium en 1950 pour une localisation fibreuse et excavée du sommet droit. Traitée médicalement, la recherche de B.K. est négative à sa sortie et depuis toujours. Insuffisance respiratoire importante avec emphysème généralisé.

Une maladie de Dupuytren droite débuta en 1950 en même temps que sa rechute, actuellement 3e degré, ulcération de la paume droite (troubles trophiques). Depuis un an, apparition d'une rétraction de la paume de la main gauche du 2e degré. La maladie de Dupuytren augmente avec l'insuffisance respiratoire, alors que la tuberculose pulmonaire est guérie.

32e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

P..., 44 ans, infirmier, emphysémateux et bronchectasique, eut une tuberculose pulmonaire traitée par extrapleural à gauche en 1948. Un an après cette intervention, maladie de Dupuytren du côté opposé du 2e degré. Décédé en 1952.

33e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

B..., 47 ans, cafetier, a une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse depuis 1941, traitée en 1951 par une thoracoplastie en deux temps à droite. La recherche de B.K. est négative depuis.

Maladie de Dupuytren du 2e degré à droite, apparue progressivement depuis cette intervention, associée à des troubles paresthésiques du membre supérieur.

34e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

S... R..., 42 ans, voyageur de commerce, fit une tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet gauche en 1951, traitée par extrapleural en 1952. La recherche de B. K. est négative depuis.

Une maladie de Dupuytren droite du 2e degré débuta en 1953 très progressivement. Présence de coussinets des phalanges. Troubles de la sudation.

35e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

M... V..., 45 ans, étameur, fit une petite lésion du sommet gauche qui fut traitée médicalement. En 1949, la radiographie met en évidence une évolution de l'apex gauche qui semble s'excaver, tandis qu'une dissémination axillaire droite apparaît. Culs de sac droit et gauche comblés. Analyse de B.K. positive.

En 1950, apparition d'une maladie de Dupuytren bilatérale du 1er degré avec nodules importants. Douleurs névralgiques de l'épaule gauche. Un traitement à la vitamine E a laissé les lésions stationnaires.

Examens de crachats : positive en 1950, négative depuis janvier 1952. T.A. : 14-8. Urée sanguine : 0,20 en janvier 1951.

Epreuves fonctionnelles respiratoires : capacité pulmonaire maximum, 23,14 litres.

36e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

D..., 62 ans, chauffeur, diabétique depuis 1937, traité par 35 unités d'insuline par jour. En 1950, lésions ulcéro-caséeuses du lobe moyen. Un pneumothorax thérapeutique inefficace est abandonné en 1951.

Présente depuis peu une maladie de Dupuytren bilatérale apparue progressivement depuis quelques années. Sclérodactylie, rhumatisme des articulations inter-phalangiennes lui déformant les doigts en coup de vent.

DEUXIEME GROUPE

1re Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

M... G..., 50 ans, maçon, fit en 1923 une pleurésie purulente interlobaire, présente depuis quelques années une maladie de Dupuytren à la main droite, avec un gros nodule et une rétraction importante des 3e et 4e doigts de la main gauche.

La radiographie pulmonaire nous permettait de constater des séquelles pleurales légères de la base droite. Emphysème diffus, mais pas d'image suspecte parenchymateuse.

2e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

C... M..., 48 ans, gendarme, a fait une pleurésie en 1952, la recherche des B.K. a toujours été négative; depuis cette même époque, il est atteint d'une maladie de Dupuytren non douloureuse, bilatérale, avec flexion à 160° des 3e et 4e doigts de la main gauche, corde fibreuse, nodule sur les tendons des fléchisseurs des 3e et 4e doigts de la main droite. La radiographie pulmonaire montre un hémi-thorax sombre à gauche, post-pleurétique avec emphysème controlatéral.

Examens pratiqués : Urée, 0,30. Vitesse de sédimentation, 87.

3e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

C... M..., 50 ans, ouvrier à la fonderie de Ruelle, a une tuberculose pulmonaire, non confirmée bactériologiquement, mais confirmée par tomographie; depuis une dizaine d'années, il présente une maladie de Dupuytren bilatérale sans trouble vasomoteur; à droite, flexion à 160° des 3e et 4e doigts avec cordes palmaires; à gauche, flexion à 170r du 3e doigt avec présence d'importants nodules.

4e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

Q... C..., 63 ans, électricien. Bronchitique chronique depuis de longues années; deux hémithorax sombres. Tous les examens pulmonaires ont toujours été négatifs pour la tuberculose. Depuis 15 ans, apparition très progressive d'une maladie de Dupuytren bilatérale; dans ses antécédents, on remarque que son père était atteint de la même affection. La main droite a le 4e doigt fléchi à 150°. Et la main gauche le même doigt fléchi à 80°. Pas de nodule mais corde fibreuse rétractile. Pas de douleur spontanée, mais douleur à l'extansion forcée. Gêne fonctionnelle importante; le malade écrit difficilement depuis un an et ne peut exercer son métier.

Traitement à la vitamine E, commencé le 1er janvier 1953; en février, on note un assouplissement de la corde droite; l'extension est possible jusqu'à 170°; à la main gauche, l'extension est possible jusqu'à 90°. Le traitement toujours poursuivi donne une amélioration considérable. La main droite est devenue presque normale; il persiste seulement un cordon fibreux à la main gauche qui n'adhère ni au plan profond ni à la peau et qui laisse une flexion à 110°. Le malade ne veut pas se faire opérer car il se trouve très amélioré.

5e Observation. *Hôpital du Tondu* (Saric).

E... J..., 58 ans, serrurier, en traitement pour cirrhose et déficience de l'état général — dans ses antécédents : ablation des deux hémimaxillaires — présente un mal perforant plantaire au gros orteil droit, de grosses phlyctènes au gros orteil gauche, une hypoesthésie en chaussette des deux jambes, une claudication intermittente et des troubles digestifs.

Depuis 10 ans, il est atteint d'une maladie de Dupuytren bilatérale du 2e degré, n'intéressant que le 4e doigt de chaque main. Depuis l'âge de dix ans, rétraction importante de l'apponévrose plantaire plus accusée à gauche, où le malade présente une corde fibreuse.

Radiographie pulmonaire : sclérose pulmonaire importante de l'apex gauche. Examen complémentaire : B.K., négatif; crachats très purulents, nombreux germes; urée sanguine, 0,20; B.V., négative; liquide C.R. : glucose, 0,66; albumine, 0,36; chlorure, 7,40; 0,20 éléments.

6e Observation. *Hôpital du Tondu* (Saric).

D... P..., 64 ans, forgeron. Dans ses antécédents personnels : typhoïde, pleurésie droite à 18 ans, surdité progressive surtout à gauche. La radiographie pulmonaire montre un fibrothorax et une pachypleurite importante.

L'analyse de crachats a toujours été négative. Depuis 5 ans, maladie de Dupuytren bilatérale, intéressant les 4e doigts de chaque main; légère hypocratisme digital avec striation unguénale.

Examen : Vitesse de sédimentation normale. Vernes, 26. Urée sanguine, 0,25. B.V. négative.

7e Observation. *Hôpital du Tondu* (Broustey).

D... L..., 74 ans, magasinier, a des crises de dyspnée d'effort depuis septembre 1952; éthylisme avoué. La radiographie pulmonaire montre un fibrothorax bilatéral avec plaques d'emphysème très marquées. Thorax en cloche. Depuis l'âge de 25 ans, maladie de Dupuytren bilatérale du 1er degré plus accusée à droite.

Examen pratiqué : Urée sanguine, 0,30; tension artérielle, 22-8; réserve alcaline, 47,70; volume; Cholestérol, 1,50; protides : totaux 70 S : 35 - S/G : 1; chlores : totaux, 2,86; vitesse de sédimentation, 81.

8e Observation. *Bordeaux* (Nappée).

M. X..., 49 ans, maçon; antécédents : éthylisme, atteint de bronchite chronique depuis un an. A l'occasion d'un examen systématique fait à son entreprise, on lui découvre une opacité de la lingula. Une bronchoscopie montre une sténose de la linguale. Le diagnostic de cancer pulmonaire est porté sans examens anatomopathologique.

Depuis quelques mois est atteint d'une maladie de Dupuytren du 2e degré, progressive, bilatérale, intéressant le 4e doigt.

9e Observation. *Bordeaux* (Nappée).

P..., 57 ans, vaguemestre dans une imprimerie, signale qu'il fait beaucoup de bicyclette. En septembre 1950, opacité de la moitié inférieure du champ gauche avec adénopathie trachéobronchique visible sur les clichés standard. Depuis deux ans, se plaint de toux, expectoration, suivi pour bronchite chronique.

A cette époque, apparition d'une maladie de Dupuytren bilatérale, avec rétraction du 4e à 90°.

En 1950, une bronchoscopie montre une sténose de la lobaire inférieure gauche. Un prélèvement montre un épithélioma malpighien. Le malade est décédé en janvier 1951.

10e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

R... L..., 61 ans, retraité des contributions, est un asthmatique et un emphysémateux. Il est atteint depuis longtemps d'une maladie de Dupuytren du 2e degré latérale. Hippocratisme digital.

11e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

C... J..., 53 ans, maçon. Bronchiteux chronique avec bronchorrhée purulente. Hyppocratisme digital. Depuis longtemps, maladie de Dupuytren du 3e degré bilatérale.

12e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

R... L..., 48 ans, démarcheur, est un bronchorrhéique notoire. Maladie de Dupuytren droite du 2e degré à début imprécis. Ethylisme.

Conclusions. — La notion de rétraction d'aponévrose palmaire après trouble pulmonaire n'est pas une découverte et déjà Poncet, en 1909, avait cité une observation de Freissineng qui avait vu chez un de ses malades atteint de pleurésie et de mal de Pott apparaître deux ans après le début de ces affections pulmonaires une gêne dans l'extension de l'annulaire. Il s'était constitué dans les mois suivants une M. de D. typique avec une flexion irréductible du cinquième doigt qui ne permettait des mouvements que dans 45° environ.

La thèse de son élève Perdrizet citait neuf observations de malades tuberculeux âgés de 41 à 77 ans qui étaient porteurs d'une M. de D. typique.

Nous ajouterons à nos observations celles que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

OBSERVATIONS

recueillies dans la littérature médicale

1re Observation (Poncet).

M. X..., 51 ans, a fait, à 43 ans, une pleurésie, puis un mal de Pott. Deux ans après ces affections, il apparut une gêne dans l'extension de l'annulaire. Rapidement, il se constitua une maladie de Dupuytren typique, avec petit doigt à 45°.

2e Observation (Perdrizet).

J... L..., 53 ans, garçon de cuisine, possède une rétraction de l'aponévrose palmaire qui serait apparue 4 ans avant le début de son affection pulmonaire.

3e Observation (Perdrizet).

E... D..., 70 ans, boulanger, a une tuberculose pulmonaire bilatérale avec plages d'emphysème. Il est atteint en même temps d'une maladie de Dupuytren bilatérale très importante.

4e Observation (Perdrizet).

J... P..., 77 ans, constructeur, avait depuis 12 ans une maladie de Dupuytren bilatérale très accentuée. Il est atteint en même temps d'une tuberculose pulmonaire et épidimo-testiculaire.

5e Observation (Perdrizet).

M. X..., lisseur dans une usine de soie, commença une rétraction bilatérale des aponévroses palmaires, en même temps qu'une pneumonie très suspecte de tuberculose.

6e Observation (Perdrizet).

M. X..., 41 ans, après une névrite du membre supérieur droit, fit plusieurs abcès froids thoraciques et constitua une maladie de Dupuytren bilatérale.

7e Observation (Perdrizet).

M... H..., 52 ans, pleurétique depuis l'âge de 20 ans, vit apparaître une rétraction de l'aponévrose palmaire à 30 ans. A 48 ans, il fit une tuberculose du sommet droit.

8e Observation (Perdrizet).

K... P..., 61 ans, vernisseur. Tuberculose pulmonaire bilatérale. A sa mort, on fit une dissection et un examen anatomo-pathologique de ses deux aponévroses palmaires qui demeuraient fléchies à 45°.

9e Observation (Perdrizet).

N..., 44 ans, journalier, atteint de rétraction du petit doigt et de l'annulaire, meurt de tuberculose avant la guérison de la plaie opératoire.

10e Observation (Perdrizet).

R... J.-R., 53 ans, voyageur. Bronchite suspecte avec rétraction bilatérale des deux aponévroses palmaires.

11e Observation (Exner).

Mlle X..., 20 ans, a une tuberculose pulmonaire guérie depuis deux ans, avec séquelles de pachipleurite. Deux ans après le début de son affection pulmonaire, elle a vue apparaître une maladie de Dupuytren.

12e Observation (Rocher et Lubief).

M. X..., 28 ans, a une tuberculose pulmonaire depuis l'âge de 18 ans. A 23 ans, il présente un mal de Pott puis une maladie de Dupuytren et bientôt une rétraction de l'aponévrose plantaire et une induration plastique du pénis.

De nos deux groupes d'observations, il ressort que la M. de D. peut apparaître chez des malades après suppression de tout traumatisme manuel.

Les pneumopathies ont-elles un rôle déterminant dans l'apparition des rétractions de l'aponévrose palmaire ? Il semble que oui dans nos observations. Mais ces rétractions apparaissent aussi après un traitement collapsothérapique. Donc, il est difficile de savoir quel est l'élément qui semble le primum movens de la rétraction. La pathogénie de ces rétractions est difficile à trouver, peut-être que des études plus approfondies pourraient mettre en évidence le rôle des pneumopathies dans l'apparition des M. de D. Nous n'avons pas continué nos recherches, mais il serait intéressant de les poursuivre.

Nous avons classé ici toutes les observations de M. de D. que nous avons pu recueillir.

— Le premier groupe est celui où la M. de D. précède l'apparition de troubles pulmonaires.

— Le deuxième groupe est celui où la M. de D. ne s'accompagne d'aucun trouble pulmonaire. Il ne nous a pas été possible de trouver plus de rétractions malgré toutes nos recherches dans les hôpitaux.

1er Groupe : TROUBLES PULMONAIRES

1re Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

C... R..., 57 ans, maçon jusqu'en 1936, puis cultivateur, a commencé des troubles pulmonaires en 1950; une radiographie et une analyse de crachats se sont révélées positives en février 1952.

Depuis 20 ans, maladie de Dupuytren bilatérale intéressant les 3e et 4e doigts. Léger degré de rétraction. Dépression ombiliquée formée par une corde fibreuse assez importante. Le malade pense que c'est la limaille de fer qui lui aurait occasionné accidentellement ces rétractions. Début de sclérodactylie.

Radio pulmonaire : infiltration bilatérale avec image pseudo-tumorale péri-hilaire et axillaire moyenne des deux côtés. Tuberculose et pneumoconiose.

Radio du cou : Arthrose de l'uncus au niveau de C5-C6 et C6-C7 avec des ostéophites marginaux antérieurs au niveau de C4-C5.

Examens : Recherche de B.K. positive dans les crachats le 2 mars 1952. T.A., 8-5.

2e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

C... J..., 42 ans, a une tuberculose fibrocaséeuse depuis 1948, confirmée radiologiquement et bactériologiquement depuis cette époque Après des essais infructueux de pneumothorax, thoracoplastie du côté droit en 1951.

Depuis dix ans environ, maladie de Dupuytren bilatérale plus accusée à droite qu'à gauche. La paume droite présente 3 ou 4 nodules au niveau des tendons des fléchisseurs des 3e, 4e et 5e doigts. La main gauche ne possède qu'une corde fibreuse avec un début de rétraction du 4e doigt.

3e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

L..., 52 ans, cultivateur, s'est révélé bacillaire à la suite d'examens bactériologiques et radiologiques motivés par une hémoptisie faite en septembre 1951. L'atteinte est plus accusée à droite qu'à gauche et on tente un pneumothorax qui se montre contre-électif. Thoracoplastie à droite en décembre 1951.

Depuis cinq ans, maladie de Dupuytren gauche qui serait apparue à la suite d'une blessure par branche d'arbre. Il n'y a pas de flexion irréductible, mais, au niveau des tendons fléchisseurs des 3e et 4e doigts, il existe deux cordes tendineuses qui forment dans leur partie proximale une dépression ombiliquée de la grosseur d'un pois. De plus, hyppocratisme digital bilatéral.

4e Observation. *Saint-André* (Centre de dépistage).

Q... R..., 45 ans, manœuvre électricien, a une tuberculose excavée bilatérale confirmée par les divers examens de laboratoire. Elle a commencé en 1949 par une pleurésie.

Depuis dix ans environ, maladie de Dupuytren bilatérale. Nodules importants. Flexion irréductible des 4e et 5e doigts. Le malade pense que ce sont les outils qui lui ont fait apparaître ces rétractions.

5e Observation. *Saint-André* (Centre de dépistage).

D..., 48 ans, est cultivateur. Une tuberculose lui fut décelée au centre de phtisiologie de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Depuis plus de 20 ans, il a une maladie de Dupuytren qui ne lui occasionne aucune gêne. Les rétractions sont identiques dans les deux mains. La flexion est irréductible et les deux derniers doigts restent fléchis à 160°.

6e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

C..., 48 ans, cimentier, eût quelques crachats hémoptoïques en décembre 1950. Une radiographie montre une tuberculose excavée de l'apex droit. Un pneumothorax se montre inefficace et occasionne un épanchement. Pneumopéritoine en novembre 1952. Une dissémination bronchogène à gauche est jugulée par un pneumothorax.

Depuis dix ans, maladie de Dupuytren bilatérale. Rétraction très accentuée des quatre derniers doigts. On a une flexion irréductible de 45°. Hyppocratisme digital.

Le malade souffre d'emphysème. Déformation caractéristique de son thorax.

Examens pratiqués : recherche de B.K. positive depuis janvier 1951.

7e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

P... J..., 47 ans, coiffeur. Tuberculose ulcéro-fibreuse des deux sommets depuis mai 1948. Traitement médical : Streptomycine et P.A.S. jusqu'en janvier 1950 qui nettoient l'apex droit. Thoracoplastie gauche, mais il reste une cavité résiduelle mise en évidence par tomographie. Le malade, grand fumeur, a une légère insuffisance hépatique.

Depuis dix ans environ, maladie de Dupuytren, qui aurait commencé à la suite d'une petite plaie de la paume de la main droite. La rétraction atteint les deux derniers doigts de chaque main (2e degré). Légers troubles vaso-moteurs à type de vasoconstriction spasmodique non douloureuse.

Les deux articulations scapulo-humérales sont douloureuses et limitées. Traitement à la vitamine E pendant trois mois. Sensible amélioration.

Examens pratiqués : Recherche de B.K. positive jusqu'en 1953. Urée sanguine, en mars 1952 : 0,30. T.A. : 11-7.

8e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

P... R..., 35 ans, cultivateur. Présente une maladie de Dupuytren depuis longtemps. Il n'a pu préciser la date d'apparition des premiers nodules. En 1945, on lui décèle une tuberculose. Les examens de crachats sont positifs dès ce moment.

La rétraction semble avoir évolué plus rapidement depuis cette période. Les deux derniers doigts de chaque main sont fléchis à 160°.

9e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

A..., 45 ans, en traitement pour tuberculose pulmonaire, présente depuis fort longtemps une rétraction légère de l'aponévrose palmaire de la main droite.

10e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

Le B..., 48 ans, en traitement pour tuberculose pulmonaire, est atteint d'une maladie de Dupuytren du 1er degré depuis une dizaine d'années.

11e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

P..., 53 ans, a une tuberculose pulmonaire, confirmée radiologiquement et bactériologiquement depuis 1950.

Depuis 1945, une maladie de Dupuytren bilatérale lui donne une gêne importante dans les deux mains. Une rétraction irréductible des deux derniers doigts de chaque main lui laisse une flexion permanente à 145°.

12e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

T..., 48 ans, en traitement pour tuberculose pulmonaire depuis 1952, est atteint d'une maladie de Dupuytren du 1er degré.

13e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

C... J..., 47 ans, riveur, en traitement pour tuberculose pulmonaire depuis septembre 1950. Hyppocratisme digitale important (pas d'antécédent pleurétique). Maladie de Dupuytren droite du 1er degré avec corde au niveau du quatrième doigt de la main droite; pas de nodule.

14e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

T... C..., 26 ans, employé à la S.N.C.F., a une tuberculose chronique depuis 3 ans, hyppocratisme digital, maladie de Dupuytren du 1er degré bilatérale.

15e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

P... A..., 48 ans, chauffeur, a une tuberculose pulmonaire bactériologiquement et radiologiquement confirmée depuis 1950. Depuis 5 ans, maladie de Dupuytren bilatérale sans troubles vasomoteurs, pas de corde, nodule palmaire et ombilication dans les deux paumes. Le malade pense que cette maladie lui est apparue pendant sa déportation en Allemagne.

16e Observation. *Hôpital Saint-André* (Creyx).

H... P..., 54 ans, manœuvre, puis navigateur, a une tuberculose bilatérale excavée avec pachy-pleurite apicale. Lésion évolutive. Le début, difficile à préciser, semble avoir eu lieu en 1945. L'analyse de crachats est positive depuis 1950.

Une maladie de Dupuytren droite importante est apparue depuis 15 ans. Léger nodule à la main gauche apparu depuis peu.

Radio du cou : signes d'arthrose au niveau de C5, C6, C7. Signes d'un unarthrose au niveau de C5, C6.

17e Observation. *Sanatorium Xavier-Arnozan.*

P... B..., 52 ans, docker, a une tuberculose pulmonaire dépistée en juillet 1951, la radiographie et l'analyse de crachats sont positives.

Depuis 5 ans : Maladie de Dupuytren bilatérale. Corde palmaire au niveau du 5e doigt de la main droite. Corde palmaire et nodule au niveau du 4e doigt de la main gauche. Dans ses antécédents, on signale une polynévrite éthylique. Hyppocratisme digital.

18e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

G... G..., 46 ans, manœuvre, fit une miliaire froide qui devint infiltrative et ulcérative depuis 1951. Evolution subaiguë. Crises de comitialité.

M. de D. du 3e degré depuis une dizaine d'années. Péri-arthrite scapulo-humérale avec ankylose qui semble régresser.

19e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

P..., 45 ans, chauffeur. Une radiographie systématique lui découvrit une tuberculose ulcéro-fibreuse du sommet droit. Ethylisme. Présente depuis longtemps une M. de D. du 2e degré qui semble stationnaire. T.A. : 16-10.

20e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

J..., 53 ans, sellier, a une tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse depuis 1950 du sommet gauche.

Depuis dix ans, M. de D. droite du 3e degré.

21e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

P..., 46 ans, manutentionnaire, a une tuberculose pulmonaire droite depuis 1947, traitée par pneumothorax extrapleural en 1948. Une cavité résiduelle et une perforation font abandonner l'extrapleural.

M. de D. droite du 3e degré avec ulcération trophique au niveau de la paume de la main.

22e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

L... P..., 59 ans, officier en retraite, a une tuberculose ulcéro-fibreuse depuis 1949. Pas de traitement collapsothérapique.

Présente une M. de D. depuis une dizaine d'années. Elle est bilatérale et du 2e degré. Hyppocratisme digital.

22e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

F..., 52 ans, plombier-zingueur, congestion pulmonaire en octobre 1949, une radiographie montre des lésions qui semblent stabilisées dans l'apex droit. En 1950, les lésions semblent évoluer et on tente un pneumothorax, qui est abandonné. Emphysème important. Analyse de B.K. positif.

Depuis 1945, M. de D. du 3e degré avec flexion très importante des trois derniers doigts de chaque main. Grosse gêne fonctionnelle.

24e Observation. *Bordeaux* (Tessier).

F..., 47 ans, voyageur, a une tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse depuis octobre 1951 de l'apex gauche.

Il présente une M. de D. gauche du 2e degré depuis une dizaine d'années.

2me Groupe : Maladie de Dupuytren sans troubles pulmonaires

1re Observation. (Tachon.)

T... J..., 55 ans, employé de Banque. On ne trouve rien d'intéressant dans ses antécédents, si ce n'est un anthrax au cou en 1942. M. de D. bilatérale plus accusée à gauche. Corde et nodule au niveau du quatrième doigt de la main gauche, qui est stationnaire depuis trois ans. Nodule palmaire au niveau de la paume droite.

2e Observation. (Reboul.)

M... E..., 50 ans, pas d'antécédent pathologique, M. de D. du 2e degré, traitée par ionisation calcique.

3e Observation. (Reboul.)

Mme D... J..., 60 ans, sans profession, a une M. de D. bilatérale depuis une dizaine d'années qui a été traitée sans grand succès par une ionisation iodurée. Pas d'antécédent pathologique appréciable, légère insuffisance hépathique.

4e Observation. *Rochefort* (Hôpital Maritime).

M... L..., 73 ans, charpentier de navires. Pas d'antécédent pathologique notable. M. de D. droite sans rétraction avec nodule et corde fibreuse au niveau du troisième doigt.

5e Observation. (Broustey.)

L... J.-B..., 54 ans, chauffeur, en traitement dans un service de cardiologie pour flutter auriculaire, présente une M. de D. qui serait apparue il y a une quinzaine d'années. Elle est bilatérale sans troubles vasomoteurs.

6e Observation. (Massé.)

M... L..., 45 ans, manœuvre. M. de D. bilatérale du 2e degré, apparue il y a dix ans. On ne trouve pas d'antécédent pathologique particulier. Flexion très importante des trois derniers doigts de la main droite. Simple corde et nodule au niveau du troisième doigt de la main gauche.

7e Observation. (Massé.)

C..., 51 ans, chauffeur de chaudière en traitement pour cirrhose alcoolique, a une M. de D. gauche du premier degré, depuis dix ans. La corde semble stationnaire dans son évolution.

8e Observation. (Massé.)

R... M..., 61 ans, forgeron monteur, a été opéré en 1952 d'un diverticule de l'œsophage à deux reprises. Un an après cette intervention, apparition d'une M. de D. très accentuée bilatérale du 3e degré.

Examen. — Complémentaire : tension artérielle : 14, 7; urée : 0, 44; B.-W. : négatif.

9e Observation. (Massé.)

Mme C..., 58 ans, en traitement pour cirrhose alcoolique, repasseuse ménagère, a une M. de D. bilatérale depuis cinq ans, pas d'antécédent pulmonaire.

10e Observatiod. (Massé.)

Mme G..., 54 ans, sans profession, pas d'antécédent pathologique pulmonaire, a une M. de D. bilatérale du premier degré, pas de flexion irréductible.

11e Observation. (Jarry.)

G... A..., 45 ans, jardinier municipal, a des troubles cardiaques et hépatiques, présente une M. de D. bilatérale du 2e degré.

Synthèse des observations et des enquêtes.

La M. de D. est-elle plus fréquente dans les collectivités des non-pulmonaires que dans les collectivités des pulmonaires ? Il est impossible de faire des statistiques, mais nous pouvons faire des proportions relatives.

Parmi les malades bacillaires, nous avons fait deux enquêtes, l'une à Rochefort, à l'Hôpital Maritime, qui porte sur 120 malades, l'autre au Sanatorium de Xavier-Arnozan, qui porte sur 405 malades. Les enquêtes ont été commencées en janvier 1951 et furent continuées jusqu'à l'impression de cette thèse; elles ne sont peut-être pas complètes, car elles sont difficiles à faire, bien souvent nous laissons passer des M. de D.

Cependant, il ressort de ces recherches que sur 120 malades examinés à l'Hôpital Maritime de Rochefort, nous avons trouvé :

5 M. de D. apparues après une tuberculose.
2 M. de D. apparues après une pneumopathie.
5 M. de D. chez des tuberculeux.

Ce qui nous donne 12 M. de D. chez 120 malades, soit 10 %.

Au Sanatorium de Xavier-Arnozan, sur 405 malades, nous avons trouvé :

20 M. de D. après une tuberculose ou un traitement collapsothérapique.
12 M. de D. après une pneumopathie.
11 M. de D. apparues antérieurement à une tuberculose.

Ce qui nous donne 43 malades sur 405, soit un peu plus de 10 %.

D'après ces deux enquêtes, nous pouvons conclure que la M. de D. est très fréquente dans des collectivités pulmonaires.

Est-elle aussi fréquente dans des collectivités non pulmonaires ? Cette enquête a déjà été faite, mais les pourcentages sont très variés puisqu'ils oscillent entre 0,5 % et 9 %. Nous avons examiné 400 employés du personnel de la Mairie de Bordeaux, en particulier le service des boueurs, où les traumatismes manuels sont fréquents. Nous avons trouvé 5 M. de D. du premier degré.

De cette troisième enquête, il ressort que la M. de D. est peu fréquente dans un milieu de travailleurs manuels puisque seulement 1,25 % des ouvriers examinés en étaient atteints.

La M. de D. apparemment primitive, peut-elle servir d'élément de diagnostic et attirer l'attention sur l'appareil pulmonaire ? Il semble que oui, mais pour appuyer cette hypothèse, il faudrait faire des recherches beaucoup plus longues. Nous avons essayé d'obtenir des observations parmi les médecins d'usines, mais très peu ont donné suite à nos demandes. Il faudrait faire ces enquêtes personnellement.

Avant d'aborder le chapitre des conclusions, nous allons parler rapidement du traitement de la M. de D. et des résultats que nous avons obtenus avec la vitamine E.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le traitement de la maladie de Dupuytren est loin d'être fixé. L'ignorance des facteurs généraux qui président à l'apparition de ce syndrome nous empêche de réaliser un traitement étiologique efficace.

1. **Les injections locales** de fibrolysine ont été tentées par Quenu. Il obtenait cette substance par l'addition de salicylate de soude à de la thiosinamine qui devenait ainsi soluble. Payr injectait une solution de pepsine.

2. **La novocaïne en injection** intra-humérale au pli du coude a été utilisée par Iselin et Dickman, Bieglbock et Sickel ajoutaient à la novocaïne de l'héparine, elle aurait le pouvoir d'augmenter l'hydratation du tissu scléreux et de favoriser son relâchement.

3. **Les médications sympathiques** ont été employées avec certains succès par De Sèze et Jurmand. Les infiltrations du ganglion stellaire semblent exercer une influence favorable sur la M. de D. si ces injections sont faites dans certaines conditions, à savoir :

— La précocité du traitement.

— La persévérance (10 infiltrations et plus sont parfois nécessaires).

— La nécessité d'associer des massages et des exercices d'extension active et passive.

4. **L'endocrinothérapie** a été employée sous de nombreuses formes.

Leriche et Jung ont proposé l'extrait parathyroïdien, Lévy utilisait déjà l'hémocrinothérapie avec l'extrait glandulaire approprié, Fildermann a utilisé avec succès les extraits orchitiques.

5. **La physiothérapie.** — Ses nombreuses modalités d'application montrent qu'elles agissent toutes, mais qu'aucune ne prime l'autre.

— La galvanisation négative utilisant la libération de soude au niveau de l'électrode active.

— La diélectrolyse utilisée par Bourguignon.

— L'ionisation à l'iodure de K ou iodo-iodurée.

— La radiothérapie directe utilisée par Belot ou par irradiation des centres sympathiques cervicaux.

— Barre irradiait l'hypophyse (cité par Noix).

— Noix a utilisé l'action sclérolysante de la thiosinamine appliquée par électrophorène transcutanée. Il prescrit 20 séances bi-hebdomadaires de 25 minutes d'ionisation à la thiosinamine en solution à 5 %.

Le produit imbibant l'électrode positive étant placé sous la paume malade (un cache caoutchouté limitant la zone indurée).

— Dernièrement, les ultra-sons ont été utilisés, mais le recul du temps ne nous permet pas de juger les résultats obtenus.

6. **L'acupuncture** a obtenu de bons résultats avec Flandin et Ferreyrolles. Le dernier traitement en date : A.C.T.H. et cortisone semble avoir donné les meilleurs résultats.

L'A.C.T.H. et la cortisone utilisée par Baxter et Schiller ont une action favorable dans les suites opératoires.

Mais c'est surtout la vitamine E. qui semblerait la plus active. Nous avons uniquement employé ce traitement avec d'assez bons résultats. Nous étudierons un peu plus longuement cette action.

Traitement médical à base de vitamine E.

La vitamine E. (Vincendeau) est surtout connue comme vitamine de la fertilité. Elle favorise la conception, elle protège le déroulement normal de la parturition. Elle paraît essentielle dans la mise en route des premiers phénomènes de la croissance. Mais on sait depuis longtemps expérimentalement qu'elle joue un rôle éminent dans le contrôle général des métabolismes et la stimulation des glandes endocrines. On sait aussi que sa carence entraîne des troubles sévères dans le fonctionnement, la biochimie et l'histologie des muscles striés et des tissus fibreux.

Les lésions, maladies ou syndromes qui paraissent devoir bénéficier de la vitaminothérapie E sont nombreux et d'allure quelque peu disparate; dans les maladies du tissu fibreux, nous avons de bons résultats avec la maladie de Dupuytren. Pin a montré son action favorable dans l'induration du pénis ou maladie de Peyronie. Vogelsang l'utilisa dans les rétrécissements utréthraux.

La vitamine E a parfois eu de bon résultats sur les atteintes du système vasculaire, par exemple dans les coronarites, les myocardites, les valvulites séniles, la sclérose artérielle et l'hypertension, les thrombo-phlébites, les ulcères, les capillaropathies. Mais il faut cependant remarquer que la vitamine E n'a guère d'action sur les cœurs scléreux séniles ou la thromboangéite oblitérante.

Cette vitamine a encore été utilisée pour les maladies du système nerveux où elle aurait une certaine action myotrophique et neurotrophique. Schute (W.-E.) l'a utilisée dans le sclérœdème des prématurés et récemment elle vient d'être employée avec un assez bon résultat pour une dizaine de malades atteints d'otosclérose.

Nous avons utilisé la vitamine E (Ephynal forte) à forte dose per os : 300 mmg. de vitamine de synthèse en trois prises par jour, pendant huit semaines chez nos malades atteints de tuberculose pulmonaire qui possédaient en même temps une M. de D. Comme l'a constaté Vincendeau et Steinberg, la vitamine E a une action remarquable sur le tissu fibreux.

Les échecs que nous avons eus étaient peut-être dus, comme l'a fait remarquer cet auteur, aux cirrhoses hépathiques qui étaient associées à leur tuberculose.

Nous n'avons pas remarqué ces réactions : céphalées, nausées, asthénie, somnolence, bourdonnements d'oreille, troubles oculaires, comme l'avait signalé Pin. Nos malades ont très bien supporté le traitement. Il n'y a pas eu d'accident de surdosage.

Le mécanisme d'action n'apparaît pas très clairement. Il est certainement complexe et nous croirions volontiers que l'action très générale d'excitation du système neuro-endocrinien y est pour beaucoup. C'est d'ailleurs une stimulation de finalité anabolique. La reprise de poids chez nos malades a souvent été remarquée et nous dirons que notre traitement a une action autant générale que locale.

Notre but en traitant nos malades était :

1° De guérir ou tout au moins d'améliorer leur M. de D.

2° De voir si un traitement intensif à base de vitamine E modifiait de quelque manière l'évolution d'une tuberculose pulmonaire traitée en même temps par les moyens médicaux et collapsothérapiques habituels.

Dans cette étude, il est difficile de savoir si les résultats heureux que nous avons obtenus étaient en rapport quelconque avec le traitement à base de vitamine E ou bien avec le traitement de base. Cependant, ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous n'avons pas vu d'aggravation notoire dans les processus bacillaires et en particulier pas de ralentissement dans la formation du tissu fibreux cicatriciel qui annonce souvent une guérison du parenchyme malade. Nous avons même vu chez un de nos malades de l'Hôpital Maritime de Rochefort se constituer pendant le traitement à base de vitamine E un fibrothorax important atteignant presque la moitié d'un poumon, cependant que la rétraction de l'aponévrose s'était considérablement améliorée.

Traitement chirurgical.

Nous aborderons très rapidement le problème du traitement chirurgical. Nous pensons comme Yselin que les indications d'intervention ne doivent pas être portées dans le premier degré de la maladie, tandis que le 4e degré qui devient parfois une grande infirmité peut assez souvent être opéré avec de bons résultats. Les degrés intermédiaires devraient être traités par tous les moyens médicaux connus avant d'être opérés. Il serait en effet regrettable d'aggraver des lésions qui pourraient avoir une évolution très lente et parfois même rester stationnaire.

Nous pourrions cependant citer pour terminer ce rapide aperçu sur le traitement chirurgical, cette phrase du Docteur Perruchio, chirurgien de l'Hôpital Maritime de Rochefort à qui nous parlions de maladies de Dupuytren : « Je ne veux plus opérer des malades pour rétraction de l'aponévrose palmaire lorsque ces derniers sont des bacillaires notoires.. Je n'ai eu jusqu'à présent que des échecs. Je me contente d'intervenir sur des malades indemnes de toute affection pulmonaire. »

Ce qui prouve que ce chirurgien avait déjà vu qu'il existait une relation entre ces deux régions si différentes et que l'évolution de la rétraction chez eux semblait différente à celle des autres malades. Cette constatation a en outre un intérêt étiologique et il serait intéressant de faire une étude sur les suites opératoires et la cause des échecs chez les malades opérés de M. de D. atteints en même temps d'une pneumopathie.

CONCLUSIONS

Il résulte de notre étude que :

1° Le traumatisme manuel n'est pas toujours à l'origine de la maladie de Dupuytren. Nous n'en voulons pour preuve que les faits suivants :

— D'anciens travailleurs manuels qui ont cessé toute activité depuis longtemps voient apparaître cette maladie.

— Des intellectuels peuvent présenter aussi cette affection.

2° La maladie de Dupuytren est très fréquente chez les sujets atteints de pneumopathies variées.

— Soit qu'elle apparaisse directement liée à ces pneumopathies (les précédant ou les suivant de peu).

— Soit qu'elle survienne à la suite d'un traumatisme respiratoire « curatif » tel que les interventions de collapsus médicaux ou chirurgicaux.

3° Il n'y a pas toujours de parallélisme d'évolution entre la rétraction de l'aponévrose palmaire et les troubles pulmonaires auxquels elle semble liée.

4° La vitamine E semble efficace, sauf dans le cas où la cellule hépatique est lésée.

5° Dans le traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren elle-même, une atteinte pulmonaire concomitante semble d'un mauvais pronostic. En effet, chez ces malades, la récidive est de règle. Cette constatation a en outre un intérêt étiologique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

P. le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS

Vu, le Président du Jury,
M. CREYX

Vu et permis d'imprimer.

Bordeaux, le 20 Juillet 1953

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS (W.). — Contraction of the fingers. *British Medical Journal*, 1878, June 29, vol. I, p. 928-932.

ALAJOUANINE (T.) et MAIRE (R.). — Maladie de Dupuytren accompagnée d'un syndrome sympathique après une blessure du nerf cubital du côté opposé. *Revue neurol.*, 1930, n. 2, p. 679.

ANDERSON (W.). — Deformities of the Fingers and Toes, London, 1897, cité par SKOOG, 1948.

BAXTER (H.), SCHILLER (C.), LOUIS (H.), JOHNSON (John-H.), WHILESIDE (Robert), RANDALL (H.). — Cortisone Therapy in Dupuytren's contracture. *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, mars 1952.

BEIGLBOCK (H.) et SICKEL (W.). — L'action de l'héparine sur les tissus fibreux et les séreuses. *Klin. Wschr.*, 15 mars 1951, t. XXIX, nos 11-12, p. 211-213.

COOPER (A.). — A Treatise on Dislocations and Fractures of the Joints. London, 1822, éd. I, p. 524, cité par SKOOG, 1948.

DAVIS (A.-A.). — The treatment of Dupuytren's contracture. *Brit. Journ. Surg.*, 1932, n° 19, p. 539.

DEBRUNNER (H.). — Sippschaftstabelle einer Familie mit Dupuytrenscher Kontraktur. *Zschr. f. Orthop. Chir.*, 1935, n° 62, p. 321.

DESPLAS (B.). — A propos de la M. de D. *Le Monde Médical*, novembre-décembre 1952, n° 978, p. 162-169.

DUPUYTREN (G.). — Leçons orales et clinique chirurgicale. Paris, 1832, t. I-II, n° 24, p. 856-860.

EXNER (A.). — Ueber Tuberkulose der Aponeurosis palmaris unter dem Bilde der Dupuytrenschen Fingerkontraktur. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1921, n° 34, p. 252-253.

FERRARINI (M.). — Anatomie pathologique, étiologie et pathogénie de la maladie de Dupuytren. *Arch. Ital. di Chir.*, juillet 1939, traduit dans : *Zentralbl. f. Chir.*, 1940, n° 67, p. 1230.

FÉRÉ (C.) et FRANCILLON (M.). — Note sur la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés. *Rev. de Méd.*, 1902, n° 22, p. 539-540.

FILDERMAN. — Présentation d'un malade atteint de la maladie de Dupuytren en bonne voie de guérison par l'hémocrinothérapie. *Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*, 1931, n° 47, p. 115. Cité par TUBIANA (2).

FLANDIN (C.), FERREYROLLES (P.), KHOUBESSERIAN (H.). — Traitement de la maladie de Dupuytren par l'acupuncture. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 juin 1950, t. LXVI, n°s 19-20, p. 963.

FLAMENT (J.-L.). — Modifications permanentes du membre supérieur chez les angineux. Thèse de Paris, 14 juin 1948.

FREDET (P.). — A propos de la M. de D. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1932, n° 58, p. 440.

GOLD (M.). — Berichte aus Chirurgischen Gesellschaften. *Zentralbl. f. Chir.*, 1926, n° 53, p. 724.

GOSSET (I.), PADOVANI (P.). — Traitement chirurgical de la M. de D. M. de D. avec troubles circulatoires, arthrose cervicale, P.S.H., angor. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, juin 1951, n° 45, p. 1955.

GOYRAND (G.). — Nouvelles recherches sur la rétraction permanente des doigts. *Mém. Acad. Roy. Méd.*, 1833, n° 3, p. 489. Cité par SKOOG, 1948.

GUÉRIN. — *Journal de Médecine Championnière*, 1843. Cité par PADOVANI et LORD, 1951.

ISELIN (M.). — Maladie de Dupuytren. *Traité d'Orthopédie*, Masson, édit., Paris, 1937, t. III, p. 2794.

ISELIN (M.), DIECKMANN (G.). — M. de D. *Presse Médicale*, 1951, n° 67, p. 95.

— Notre expérience du traitement de la M. de D. *Acad. de Chir.*, 28 février-7 mars 1951, t. LXXVII, nos 8-9, p. 251-255.

ISEMEIN (L.), PERDRIX (L.). — M. de D. *Le Sud Médical et Chirurgical*, no 2363, 31 juillet 1952, p. 1947-1949.

JAMES (J.), TUBIANA (R.). — La M. de D. *Revue de Chirurgie Orthopédique*, juillet-septembre 1952, t. XXXVIII, nos 3-4, p. 352-407.

KANAVEL (A.-B.), KOCH (L.), MICHAEL (L.), MASON. — Dupuytren's Contraction. *Surgery, Gynec. Obstetrics*, février 1929, vol. 48, no 2, p. 144-190.

KROGIUS (A.). — Zur Pathogenese des Muskulâren Schiefhalses. *Acta Chir. Scandinav.*, 1923, no 56, p. 497.

LE GUEU et JUWARA. — Anatomie des aponévroses palmaires. *Société anatomique*, 1891, cité par TOSTIVINT, 1944.

LERICHE (R.), JUNG (A.). — Sur la relation de la rétraction de l'aponévrose palmaire, de l'hypocalcémie et de l'insuffisance parathyroïdienne. *Presse Médicale*, 1930, no 38, p. 1641.

LÉVY (L.). — Maladie de Dupuytren et traitement thyroïdien. *Bull. Acad. Méd.*, 23 juillet 1913, no 69. Cité par TUBIANA (2).

LIÈVRE (J.). — M. de D. avec troubles trophiques et vasomoteurs des mains après angine de poitrine. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 octobre 1947, t. LXIII, nos 28 et 29, p. 865-871.

MACAGNI. — La M. de D. *Policlinico Sez. Chir.*, 15 décembre 1933, t. XL, no 7, p. 243-246.

MADELUNG (O.-W.). — Ueber eine der Dupuytrenschen Palmarkontraktur entsprechende Erkrankung der Plauta. *Zentralbl. f. Chir.*, 1886, no 13, p. 758.

MARTENSTEIN (H.). — Induratio penis plastica und Dupuytrensche Contractur. *Med. Klin.*, 1920, no 16, p. 205.

MEYERDING (M.-D.), BLACK (J.-R.), BRODERS (A.-C.). — The etiology and pathology of Dupuytren's contracture. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mars 1941, vol. 72, no 3, p. 582-591.

MYRTLE (A.-S.). — Dupuytren's Contracture. *British Medical Journal*, 1881, vol. 2, p. 894-895.

NOIX (M.). — Traitement de la M. de D. par la Thiosinamine. *Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie*, 26 février 1946, t. XXVII, nos 9-10, p. 476-477.

PADOVANI (P.), LORD (G.). — Arthroses cervicales et M. de D. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 18 juin 1951, n° 45, p. 1955.

PAYR (E.). — Konstitutionspathologie und Chirurgie. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1921, n° 116, p. 614. Cité par GOLD (1926).

PERDRIZET (L.-E.). — Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse. Thèse Lyon, année scolaire 1904-1905, n° 67, p. 1-69.

PIN (L.). — Contribution à l'étude des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la vitamine E. Thèse Paris, 1947.

PLATER (F.). — Observationum Liber. I, p. 140. Cité par PERDRIZET, 1905.

PONCET (A.). — M. de D. d'origine tuberculeuse. *Bull. de la Soc. de Chir. des Hôp. de Paris*, 1909, t. XXXV, p. 467-469.

QUENU (E.). — Maladie de Dupuytren. *Soc. Chir. Paris*, 24 juin 1913, cité par TUBIANA (2).

REGNAULT (F.). — Sur le début de la maladie de Dupuytren. *Gazette des Hôpitaux*, 8 avril 1931, n° 28, p. 555.

ROCHER (H.-L.), LUBIEF. — M. de D. chez un pottique. Séance du 22 mars 1949. *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 3, p. 193, mars 1950.

SCHUTE (W.-E.). — Traitement des affections vasculaires par la vitamine E. *Surg., Gyn. and Obst.*, janvier 1948, p. 1.

SÈZE (S. DE), JURMAND (S.-H.). — Résultat d'un traitement prolongé par les « infiltrations stellaires » dans un cas de M. de D. 7 novembre 1946, t. LXXVIII, n°s 11-12, p. 604.

SKOOG (T.). — Dupuytren's contraction with special reference to aetiology and improved surgical treatment. Its occurrence in epileptis. Note on Knuckle, Pads. *Acta Chirurgica Scandinovia*, 1948, vol. 96, supplément : 139, p. 1-190.

STEINBERG (C.-L.). — Nouvelle méthode de traitement de la M. de D. *M. Clin. North. Amer.*, janvier 1930, n° 30, p. 221-231.

TOURAINE (J.), RUEL (H.). — La polyfibromatose héréditaire. *Ann. de Derm. et Syph.*, 1945, n° 5, p. 125.

TOSTIVINT (R.). — Contribution à l'étude de la M. de D. Thèse Paris, 1944, n° 285, 63 p.

Testi (A.). — Contribution nouvelle à la pathogénie de la M. de D. *Riforma Medica*, an XXI, n° 30, p. 820, 29 juillet 1905. Traduit dans la *Revue neurologique*, t. XIII, p. 1044-1905.

Tubiana (R.). — Mise à jour de la M. de D. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, juin 1950, p. 15490.

— Traitement de la M. de D. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10 novembre 1948, XXIV, n° 84, p. 2710-2717.

Urechia (C.-I.). — Rétraction de l'aponévrose palmaire avec dissociation syringomyélique de la sensibilité. *Paris Méd.*, 1935, n° 25, p. 274.

Vincendeau (J.). — Action remarquable de la vitamine E sur une M. de D. bilatérale. Séance du 12 mai 1950. *Journal de Médecine de Bordeaux*, juillet 1950, n° 7, p. 461.

— La vitamine E. *Journal de Médecine de Bordeaux*, janvier 1951, n° 1, p. 242-243.

Vogelsang (M.). — Utilisation médicale de la vitamine E. *Medical Records*, New-York, février 1948, p. 155.

Weyer (A.-G.). — La bande de coagulation de Weltmann et la réaction de Takata-Ara dans la maladie de Dupuytren et dans l'induration plastique du pénis. *Arch. Klin. Chir.*, 1950, t. CCLXIII, n° 7, p. 517-522.

Wolf (J.). — Ueber Vorkommen und Bedentung der Dupuytrenschen Kontraktur bei Nervenkrankheiten. *Inaug. Diss. Basel*, 1935, cité par Skoog, 1948.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER.

I. — Introduction.

II. — Etude clinique.

1. Anatomie.
2. Histopothologie.
3. Etio-pathogénie.
4. Formes cliniques.
5. Diagnostic différentiel.

CHAPITRE II. — Observations.

I. — Observations de malades dont la maladie de Dupuytren est postérieure à leur pneumopathie.

A) Chez les tuberculeux.

B) Chez les non-tuberculeux : emphysème, cancer, hémithorax opaque, bronchectasie.

C) Conclusions.

II. — Observations de malades atteints de maladie de Dupuytren. Etude dans différents services.

III. — Synthèse des observations et des enquêtes.

CHAPITRE III. — Traitement de la maladie de Dupuytren et conclusions.